

Fisioterapia no Cuidado ao Sistema Familiar: Uma Abordagem à Pessoa Idosa Fragilizada

Physical therapy Care for the Family System: an approach to the frail elderly

Tatiane Dias Casimiro Valença
Luzia Wilma Santana da Silva

RESUMO: O objetivo deste trabalho é demonstrar a relevância do profissional de saúde, em especial o Fisioterapeuta, conhecer o processo de envelhecimento e a influência deste nas relações familiares no alcance às necessidades da pessoa idosa em estado de fragilidade e incapacidade funcional. Trata-se de um estudo de estado da arte, cuja perspectiva é fomentar saberes para práxis proximal do Fisioterapeuta na transversalidade de saberes acadêmicos de modo a sua inserção no contexto domiciliário da família-idoso.

Palavras-chave: fisioterapia; idoso; serviço de atendimento domiciliar

ABSTRACT: *The aim of this paper is to demonstrate the relevance of health professionals, particularly physical therapists, to understand the process of aging and its influence on family relations in attending the needs of the elderly in a state of frailty and disability. This is a study of state of the art, which is expected to foster knowledge to physical therapists about the transversality from their academic knowledge to their insertion in residence of the family/elderly.*

Keywords: *physical therapy; elderly; home care.*

Introdução

Estimativas para os próximos 20 anos indicam que a população idosa poderá exceder 30 milhões de pessoas ao final deste período, chegando a representar quase 13% da população total (Brasil, 2010). É definitivamente um número que chama atenção, e sobre isto, estamos de fato nos preparando? Sendo assim, o cuidado ao grupo de pessoas envelhecidas representa um extraordinário desafio às Políticas Públicas de Saúde, e mais especificamente ao sistema de saúde quanto ao planejamento e gestão de serviços para atender a demanda cada vez mais crescente de pessoas com 60 anos ou mais de idade.

Com o envelhecimento ocorre uma crescente carga de doenças crônicas e incapacitantes. Não que envelhecer represente adoecimento, mas o próprio processo fisiológico de envelhecimento em si produz alterações morfofisiológicas celulares que promovem o aparecimento de doenças neste grupo etário. Assim, estar-se querendo dizer que o envelhecimento não é sinônimo de fragilidade nem aquisição de doenças crônicas degenerativas, mas que o próprio processo de envelhecimento natural pode promover o desencadeamento de doenças. E, independentemente da condição crônica o envelhecimento requererá dos sistemas sociais e de saúde um atuar mais abrangente para o alcance dos cuidados à pessoa idosa em suas necessidades, mas também, a família como sistema de cuidado proximal em seu grupo de pertença.

Elsen (2004) considera que a família é o agente propulsor de sua própria saúde, visto que, a mesma é a primeira responsável pelos cuidados de saúde de seus membros, além de possuir potencialidades que podem ser desenvolvidas para melhor atenderem suas necessidades no processo saúde-doença.

O cuidar da família como unidade básica de saúde, portanto, exige conhecimento de como essa família cuida, se relaciona, se estrutura e se comporta identificando suas dificuldades e suas potencialidades. Conseqüentemente, o profissional de saúde que envereda pelos cuidados na complexidade de sua essência reconhece que o saber técnico só se valorizará quando o científico-humanístico alcançar à família em sua multidimensionalidade existencial, pois, compreenderá a sua função de ajuda e intervenção nas necessidades de seus membros.

Pensando desta maneira deve-se ampliar o olhar para estudar a família numa perspectiva de complexidade, assim sistêmica. Abandonado a visão linear de causa e

efeito e dando lugar a um pensamento circular onde cada ação e reação muda continuamente, uma vez que, o Pensamento Sistêmico abarca o conceito de totalidade vendo o todo como maior que a soma de suas partes. (Bertalanffy, 1977 & Morin, 1997).

Considerar a família como um sistema composto por indivíduos, sistema por si só e ainda parte do sistema familiar que, também faz parte de um sistema familiar maior que se inclui em outros sistemas mais amplos como o econômico, sociocultural, dentre outros é respeitar a existência de sistema de sistemas em inter-relação dinâmica, ou seja, que a família é parte a ser integrada para os cuidados em saúde na perspectiva sócio-antropológico. Faz-se necessário, compreender a família no seu contexto amplo de instabilidade, globalidade, contextualidade, multidimensionalidade, organização, diversidade de tipos, entre outros aspectos que envolvem sua existência e sua funcionalidade dinâmico-estrutural.

Ao conceber a família nesta concretude de olhar faz-se necessário ao Fisioterapeuta pôr-se além dos conhecimentos teórico-prático-metodológicos, para aqueles filosóficos, ontológicos, sociológicos e antropológicos possibilitando amplitude ao contemplar o sistema familiar, uma vez que ao buscar inserir-se nos cuidados no ambiente domiciliar, se deparará com a família da pessoa sobre os seus cuidados diretos. Assim estará na complexidade do domínio da família, no seu território de poder, de modo que precisará estar habilitado para adentrar este espaço e exercer seus cuidados, que não é apenas a reabilitação de um, mais é, sobretudo, o somatório de todos ali existentes para efetividade do seu planejamento de cuidados profissionais.

Inserir-se aí sua capacidade inter relacional de proximidade e educação em saúde das pessoas e da coletividade, pois não mais se encontra isolado num ambiente de clínica ou hospitalar, seu território de ação e poder, mas, estando agora, no território poder de outro, devendo-se assim saber os modos de chegar, se aproximar para cuidar. Koga e Furegato (2002) confirmam a importância de o profissional estar ciente das necessidades da família, de incluir suas crenças, valores, condição social e econômica, estrutura e dinâmica familiar para cuidar.

Tendo como base as considerações acenadas acima o objetivo deste trabalho é demonstrar a relevância do profissional de saúde, em especial o Fisioterapeuta, conhecer o processo de envelhecimento e a influência deste nas relações familiares no alcance às necessidades da pessoa idosa em estado de fragilidade e incapacidade funcional.

Metodologia

Para alcançar o conhecimento sobre o estado da arte referente a este estudo, foi desenvolvida uma pesquisa através de busca bibliográfica a partir do Portal de Periódicos CAPES nas bases Bireme, Medline, Lilacs, Scielo, ISI e Scopus em um período compreendido de 2005 a 2010, a partir dos descritores: Envelhecimento; Família; Fisioterapia, Serviço de Atendimento Domiciliar. Foram encontrados no total 111 artigos, sendo feito a *priori* a seleção a partir dos resumos e a *posteriori* dos trabalhos na íntegra e ao final chegamos a uma seleção de 35 trabalhos. Estes foram salvos em arquivos *doc* e *pdf* e armazenados em pasta própria, analisados criteriosamente em seus objetivos, referencial teórico-metodológico e resultados. Estes foram agrupados e apresentados nas seguintes temáticas: O envelhecer; As relações familiares no contexto da fragilização do idoso; Importância o Profissional de Saúde conhecer a família; O atendimento domiciliar como estratégia de cuidado à família.

Resultados e discussão

O envelhecer

O envelhecer é inerente ao ser humano, entretanto, o contexto em que ocorre este processo é ponto fundamental de diferenciação na vida das pessoas que alcançam esta fase da vida. Embora a discussão sobre o tempo de ser idoso seja ampla e polêmica, atravessando historicamente campos como o da filosofia, não se deve conceber o processo de envelhecimento associado unicamente à *dimensão tempo*, pois a idade cronológica é uma referência quantitativa dos anos vividos por um indivíduo e o envelhecimento é um processo determinado por vários outros fatores como o biológico, psicossocial e cultural, iniciado antes mesmo da velhice, que é mais uma fase do ciclo vital, assim como infância, adolescência e fase adulta. (Paiva, Carvalho & Lun, 2007).

Nos dias atuais o envelhecimento populacional é um fenômeno universal afetando tanto os países desenvolvidos como os países ditos do Terceiro Mundo. De tal modo, que cerca de 1 milhão de pessoas cruza a barreira dos 60 anos de idade, a cada mês, em todo o mundo e que até 2025, a população idosa mundial crescerá 2,4% ao ano,

contra 1,3% de crescimento anual da população terrestre em sua totalidade. (Brasil, 2010). Na América Latina, entre 1980 a 2025, espera-se o aumento de 217% da população total, enquanto que o aumento da população acima de 60 anos deverá ser de 412%. (Brasil, 2010).

Tais estimativas revelam que até 2025, o Brasil será o sexto país em número de idosos (Schneider & Irigaray, 2008) e que, hoje, possui 18 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade, o que já representa 12% da população brasileira sendo este o grupo que mais cresceu na última década no país de acordo com os resultados do Censo 2010 divulgados pelo IBGE. (Brasil, 2010).

Este cenário de envelhecimento da população brasileira é reflexo da mudança de alguns indicadores de saúde, como a queda de fecundidade e da mortalidade e o aumento da expectativa de vida ocorrido ao longo da história, acompanhada por mudanças dramáticas nas estruturas e nos papéis da família, assim como, nos padrões de trabalho e na migração. (Brasil, 2010).

Juntamente com essa transição demográfica observa-se também no contexto populacional uma mudança no perfil epidemiológico, passando a predominar as doenças crônico-degenerativas não tratáveis, limitações físicas, perdas cógicas, sintomas depressivos, declínio sensorial e isolamento social (Lebrão, 2007), entre outros. Esses tipos de doenças crônicas não-transmissíveis podem afetar a funcionalidade das pessoas idosas levando a dependência para o desempenho das atividades de vida diária (AVD) que tende a aumentar cerca de 5% na faixa etária de 60 anos para cerca de 50% entre os com 90 ou mais anos. (Brasil, 2006).

Este panorama chama a atenção para a formação profissional no âmbito das ciências da saúde, e aqui, em especial, para a Fisioterapia, uma vez que esta tem como objetivo maior a reabilitação físico-funcional das pessoas, e considerando, o envelhecimento com o agravamento das doenças crônico-degenerativas, tem-se aqui, uma parcela da população que exigirá cuidados desta natureza e para o qual, o profissional fisioterapeuta necessitará estar preparado para sua inserção nas demandas desta população envelhecida.

As doenças crônico-degenerativas, em sua maioria, podem gerar complicações na qualidade de vida do indivíduo, provocando um processo incapacitante afetando a funcionalidade do ser idoso, dificultando ou impossibilitando o desempenho das AVDs de forma independente. Então, a incapacidade funcional se apresenta como um sinal de falência das habilidades em realizar as atividades cotidianas, seja pela presença de

déficits físicos ou de déficits cognitivos, o que pode levá-lo a uma situação de fragilidade e dependência, sendo que, na maioria das vezes, o cuidado sobre este *ser* recairá sobre os membros da própria família (Lopes, 2007) que, geralmente, não estão preparados para assumir esta nova realidade.

Sobre este assunto, a ampla literatura tem demonstrado nos últimos anos o contexto domiciliário para inserção de profissionais. No entanto, com certa preocupação quanto a sua formação, para a complexidade em que se reveste o contexto relacional familiar-domiciliar para ações de cuidados profissionais.

Observa-se, destarte, de acordo com Pereira *et al.* (2006), a relevância científica e social de se investigar as condições que interferem no bem estar e os fatores associados à saúde da pessoa idosa, incluindo seu contexto familiar, no intuito de criar alternativas de intervenção e propor ações e Políticas Públicas na área da saúde, buscando atender às demandas da população que envelhece.

Assim, foi consenso entre os estudos encontrados, que perspectivar uma população envelhecete, na incidência em que se tem dado no cenário nacional é eminente o despertar dos diversos segmentos sociais, seja de atenção à saúde ou de formação profissional para esse grupo populacional, de modo que, possa ser assistido em seus direitos individual-coletivo nos aspectos ético, moral e estético em que se reverte o cuidado humano no seu processo de viver-adoecer-morrer com dignidade.

As relações familiares no contexto da fragilização do idoso

O maior desafio na atenção à pessoa idosa é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, elas possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível. Essa possibilidade aumenta na medida em que a sociedade considera o contexto familiar e social e consegue reconhecer as potencialidades e o valor das pessoas idosas.

A família pode ser descrita como o ambiente fundamental para a garantia da sobrevivência, do desenvolvimento e da proteção integral dos filhos e de outros membros, independentemente do arranjo familiar ou da forma como vem se estruturando. (Resta & Motta, 2005). Ela possibilita também o suporte afetivo e material necessários ao desenvolvimento dos seus componentes desempenhando uma função

importante na educação formal e informal além de se colocar como sistema onde são assimilados os valores éticos, humanitários e culturais, servindo de lugar para formação de profundos laços de solidariedade e onde se registra a marca das relações entre as várias gerações (Liberato, Santos & Costa, 2008), vivenciando experiências mútuas.

Neste contexto, dizem Liberato, Santos e Costa (2008), que ao estudarmos a família não devemos analisá-la como algo estático, definitivo e fechado, ou seja, a família está sempre em movimento, em um imutável processo de transformação. Devido a este estado dinâmico o modelo tradicional de família, que perdurou durante séculos, passou por mutações a partir do desenvolvimento técnico e econômico da revolução industrial e da mudança de papel da mulher na sociedade gerando variações filosóficas, ideológicas, étnicas e políticas, transformando significadamente a vida social. (Martins, 2005).

Conseqüentemente, em virtude das transformações sociais ocorridas no país, surge à necessidade de novas configurações de padrões familiares, como resposta à necessidade de uma organização da sociedade moderna, constituindo em modelos de famílias mono parentais, reconstituídas, uniões consensuais, casais de adolescentes, casais sem filhos por opção, dentre outros modelos. Portanto, diante desses arranjos e rearranjos familiares é relevante a preocupação com as relações familiares (Liberato, Santos & Costa, 2008), pois este sistema chamado família se faz presente socialmente de forma peculiar, caracterizado intensamente pela dinâmica das relações que promove a humanização, a socialização e a realização das pessoas. (Decesaro & Ferraz, 2009).

Percebe-se, no entanto, que a mudança na estrutura familiar e o envelhecimento acompanhado por condição crônico-degenerativa com limitações físicas, cognitivas e sociais, impõem às pessoas e às suas famílias questões nunca dantes experimentadas na dinâmica das relações entrando em cena uma perspectiva de dependência crescente e ocorrendo reversão de papéis, uma vez que, passa às gerações mais novas a responsabilidade de zelar pelos idosos que, no passado, lhes proporcionaram proteção, segurança e cuidado. (Montezuma, Freitas & Monteiro, 2008).

Assim, tem sido consenso entre os estudiosos da área da Gerontogeriatría que a dependência de um familiar idoso pode gerar impacto na dinâmica, na economia, nas relações familiares e na saúde dos membros que se ocupam dos cuidados ao idoso fragilizado como destacado por Vilaça *et al.* (2005); Redante *et al.* (2005); Decesaro & Ferraz (2009). Quando o idoso se torna dependente, as alterações são inevitáveis e envolvem afeto, finanças, relações de poder e outras, desenvolvendo um processo de

reorganização familiar. A dependência leva um tempo para ser compreendida pelo familiar, dificultando a tomada de decisões em relação ao cuidado. (Thober; Creutzberg & Viegas, 2005).

Do mesmo modo, Torres *et al.* (2009), associa a qualidade das relações familiares com a qualidade do cuidado, uma vez que, um dos fatores significativos de equilíbrio e bem-estar daqueles que envelhecem é a relação de afeto que ocorre no ambiente familiar, pois, as relações com familiares são as que o idoso vive com mais assiduidade e intensidade a partir do momento que muitos deles perdem sua capacidade funcional como resultado do envelhecimento em conjunto com doenças crônico-degenerativas. Com isso, passam a ficar mais tempo dentro de casa, e, conseqüentemente, conviver e se relacionar com pessoas das várias gerações podendo gerar conflitos antes não experimentados (Torres *et al.*, 2009), trazendo a tona questões afetivas arraigadas nas relações familiares anteriores, aflorando sentimentos e ações perdidas pelo tempo, mas vivas na memória dos membros familiares que vão interferir nas relações atuais.

Neste sentido, ao entendermos a família como um sistema e não como um simples somatório de suas partes, de seus membros, a análise total das relações familiares não deve se constituir da soma das análises individuais dos membros, mas sim, englobar todo o contexto interacional, pois, o comportamento de cada sujeito afeta e é afetado pelo comportamento dos demais membros familiares. (Waidman *et al.*, 2009).

Torna-se imprescindível, portanto, compreender a funcionalidade das relações familiares de idosos fragilizados, pois a assistência domiciliária vem demonstrando ser a nova fronteira dos serviços de saúde e como o idoso encontra-se em sua grande maioria no âmbito domiciliar cresce a demanda na qualidade de relacionamento intergeracional (Torres *et al.*, 2009), o que exige dos profissionais de saúde, um novo olhar sobre a dimensionalidade destas relações (Silva *et al.*, 2008) para uma assistência com qualidade.

Importância do profissional de saúde conhecer a família

Percebe-se atualmente na Política de Saúde do país a necessidade de programas que se dediquem ao idoso e a atenção à sua família (Queiroz, Ruiz & Ferreira, 2009), tornando essenciais projetos de formação e capacitação voltados à formação de profissionais que atuem em programas de atenção aos idosos e sua família.

É necessário, portanto, que o profissional de saúde conheça a família e a insira como sujeito de trabalho, pois, esta serve como zona de impacto e agente neutralizador entre os indivíduos e a sociedade, fornecendo proteção psicossocial aos seus membros, além de se constituir em um extraordinário veículo de construção de conhecimento, onde se incluem os cuidados com a saúde (Lopes, 2007), de modo que o profissional da área da saúde deve buscar olhar para o indivíduo no contexto de sua realidade relacional, ou seja, de sua família e de sua rede social, com as quais entrelaçam as atividades do cuidar em saúde. Assim, é indispensável conhecer as dificuldades enfrentadas pela família juntamente com a pessoa idosa, para que, junto com elas, estratégias de cuidado possam ser construídas diante da percepção de seus membros sobre o processo de saúde-doença. É preciso, ainda, reconhecer que o cuidado cotidiano oferecido pela família aos seus membros no domicílio é carregado de emoções e características peculiares, resultantes das condições culturais, sociais e econômicas (Waidman *et al.*, 2009), não podendo ser negligenciados.

Porém, é observado que os profissionais em seu cotidiano de cuidar em família deparam-se com a ausência de um referencial que direcione o seu saber-fazer, sendo que um dos motivos para tal realidade é que este ainda está muito impregnado pelo modelo assistencial hospitalocêntrico, de caráter individualista, e centrado na doença, onde a família não passa de fonte de orientação e de busca de informações a respeito da doença. (Hoffmann *et al.*, 2005; Decesaro & Ferraz, 2009). Percebe-se, porém, que a família apresenta-se como um cliente pouco compreendido nos serviços e nas Políticas Públicas de Saúde, onde os profissionais têm como missão aliviar os problemas de saúde e doença em um contexto pessoal com pouca ou nenhuma criação de vínculos relacionais com o próprio cliente e com a família a que este faz parte.

Todavia, o processo de construção de conhecimento sobre a família deve ocorrer através da formação acadêmica do profissional de saúde com referenciais teóricos, instrumentos de avaliação, estratégias de aproximação, relacionamento com a família,

técnicas de intervenção, capacitando-os pensar a família, a utilizar uma linguagem apropriada e a formular questões acerca de sua prática, de modo a ampliar o olhar para compreender as relações e interações do indivíduo-meio-cultura-espiritualidade, passando-o a enxergar como ser total, mas antes, na sua inteireza para o alcance de sua globalidade existencial. Assim, um pensar sistêmico.

A partir do momento que o profissional de saúde passa a ter uma visão sistêmica do indivíduo-família-comunidade ele torna-se capaz de reconhecer a realidade global das famílias, identificar e solucionar problemas, desenvolver ações educativas e intersetoriais para a promoção de saúde, trabalhar em equipe, prestar assistência integral à saúde, intervir no processo de trabalho, enfrentar situações em constante mudança e planejar ações junto à comunidade (Santos & Pereira, 2005), contemplando a integralidade e a qualidade no cuidado ao ser doente e no contexto de sua família, assim, alcançar a universalização dos cuidados à saúde.

Enxergar este contexto é direcionar o olhar para o ambiente domiciliar. Ambiente este, que tem se mostrado como potencialidade nos últimos tempos para inserção profissional, especialmente, diante do processo de envelhecimento humano crescendo vertiginosamente no Brasil, ou seja, avulta-se de maneira nunca antes imaginada – um país em desenvolvimento e jovem ter perspectiva de envelhecimento superior aos países ditos envelhecidos.

Assim, o domicílio passa a tornar-se o ambiente de inserção profissional no cuidado ao indivíduo e família, e como definido por Fabrício *et al.* (2004), local para práticas de atividades por profissionais da saúde com a execução de procedimentos complexos, mas que exigem formação e fundamentação teórica para tal.

Neste cenário, as intervenções da Fisioterapia passam a se mostrarem, ao serem inseridas como uma forma de cuidado do Serviço Público através do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), pela portaria n.º 154, de 24 de Janeiro de 2008 (Brasil, 2008), ganhando novas dimensões, ampliando o acesso para as pessoas que não tinham condições de pagar pelo serviço e permitindo ao fisioterapeuta o encontro com a “realidade” das pessoas, até então atendidas no contexto de clínicas e hospitais. Isso revelou o distanciamento da percepção da profissão sobre a situação das relações familiares produzindo certa inquietação na busca de novas condutas de atendimento, pois, até aquele momento a forma de encontro era estabelecida nos níveis secundários e

terciários de saúde, induzindo, comumente a uma relação superficial de intervenção individual e segmentária. (Almeida *et al.*, 2006).

É certo afirmar, entretanto, que alguns profissionais sensíveis ao contexto da realidade dos pacientes que atendem, aprofundam a sua investigação e conseguem construir uma imagem mais ampla em relação às dificuldades apresentadas pelo *ser* idoso como, por exemplo, as repercussões produzidas pelo estado de incapacidade funcional, tanto no plano individual, como nas suas relações familiares, mas isto se reverte em ações tímidas ao olhar os trabalhos identificados nas bases de dados pesquisadas.

Entretanto, a possibilidade de aprofundamento nesta investigação na prática do atendimento domiciliar esbarra na falta de preparo durante a formação dos profissionais fisioterapeutas em lidar com a família e seus aspectos relacionais, uma vez que na sua formação, não foram habilitados para lidarem com o sistema familiar em sua multidimensionalidade. (Durães, 2010). Assim sendo, torna-se um desafio para o fisioterapeuta se inserir no ambiente domiciliar para o cuidado à saúde do idoso, como também, para formar parcerias com os familiares na tentativa de incorporação dos hábitos culturais do ambiente no qual se pretende intervir. (Almeida *et al.*, 2006).

Deste modo, a formação do fisioterapeuta deve estar voltada para a saúde da população, comprometendo-se com o indivíduo e sua família, considerando a realidade relacional e social. (Maciel *et al.*, 2005). Porém, o que se percebe na elaboração do currículo mínimo dos cursos de Graduação em Fisioterapia é uma forte influência da Educação Médica, e do paradigma flexneriano, com a divisão em ciclo básico e profissionalizante. Nota-se, também, a ausência de disciplinas com conteúdos voltados para a atenção da família olhada de forma sistêmica. Os ementários não abordam o conhecimento sobre a família e as formas de atuação junto a este sistema e os currículos estão voltados para a valorização da reabilitação em detrimento aos novos modelos assistenciais propostos na atualidade. (Maciel *et al.*, 2005).

Para conseguir prestar um cuidado com qualidade a competência o fisioterapeuta precisa ir além da boa técnica; é preciso estar sensível às necessidades e às circunstâncias de vida do idoso fragilizado e sua família (Silva & Ros, 2007), modificando o processo de formação deste profissional e ampliando sua visão para além do processo saúde-doença com vistas a um contexto mais amplo na multidimensionalidade existencial deste *ser* social.

O atendimento domiciliar como estratégia de cuidado à família

Ampliando o visto anteriormente, na área de saúde o ambiente familiar assume um papel fundamental, pois este local proporciona a assistência de forma mais integrada, levando à melhoria na qualidade do viver do idoso, conhecendo o seu modo de vida e compreendendo a sua complexidade e diversidade. (Almeida *et al.*, 2006). Ou seja, é no cotidiano, no concreto espaço da família, que os profissionais do sistema de saúde, em interação com esta, buscam a construção da saúde, priorizando a proteção, a promoção do autocuidado, a troca solidária, procurando afastar-se do modelo biomédico, dependente e centrado na doença. (Resta & Motta, 2005; Mazza & Lefèvre, 2005).

Estudos apontam o domicílio como ambiente que favorece os aspectos emocionais do idoso, lugar onde existe a manutenção da identidade pessoal. Além disso, ressaltam também, que, devido a fragilização do idoso, este torna-se mais exposto ao risco de infecções em âmbito hospitalar, o que tem promovido a tendência de desospitalização, e isto, além de contribuir para o fortalecimento dos vínculos familiares tem ajudado nos custos Públicos, quanto a redução de suas despesas com hospitalização das pessoas idosas. (Almeida *et al.*, 2005; Zem-Mascarenhas & Barros, 2009).

Esta forma de atendimento demanda para os profissionais da saúde uma parceria com as famílias que cuidam dos idosos, possibilitando a sistematização das tarefas a serem realizadas no próprio domicílio, dando maior atenção àquelas relacionadas à promoção da saúde, à prevenção de incapacidades e à manutenção da capacidade funcional do idoso dependente e do seu cuidador, evitando-se assim, na medida do possível, hospitalizações, asilamentos, e outras formas de segregação e isolamento. (Thober, Creutzberg & Viegas, 2005).

É necessário, portanto, que o serviço de assistência domiciliar busque adequar os meios de saúde assistenciais disponíveis aos recursos e às necessidades da família e do idoso a ser atendido, dando enfoque à educação em saúde, para que estes possam aprender e se adaptar às formas de cuidar na sua dinâmica familiar.

Outros desafios se impõem, sendo necessário, sobretudo, preparar profissionais com habilidades cognitivo-relacionais para sua inserção no ambiente domiciliar e entre

estes, como dito em parágrafos precedentes, o Fisioterapeuta pela demanda que se mostra para esta profissão com o crescimento vertiginoso da população idosa.

Considerações finais

O atendimento domiciliar ao idoso fragilizado é uma prática crescente no cuidado fisioterapêutico onde é possível estabelecer, junto aos familiares, um suporte mais adequado às necessidades específicas da pessoa idosa, negociando com familiares e/ou cuidadores cada aspecto do cuidado.

Ao adentrar o ambiente domiciliar os fisioterapeutas se depara com as dificuldades e a falta de conhecimento do sistema familiar em suas inter-relações, sendo que, muitos destes profissionais não estão preparados para enfrentar esta realidade, pois, apresentam uma formação basicamente voltada para a reabilitação e a práxis curativa, individualista e especialista no ambiente clínico-hospitalar.

Faz-se necessário, portanto, uma reconstrução no conteúdo e na práxis de formação destes profissionais ampliando a visão para além da doença, buscando conhecer a realidade onde a pessoa idosa fragilizada está inserida - o contexto familiar - garantindo uma assistência integral e de qualidade.

Referências

Almeida, L.G.D.; Leão, I. O.; Oliveira, J.B. & Santos, M.M.O. (2006). Promover a vida: uma modalidade da fisioterapia no cuidado à saúde de idosos. *Rev. Saúde, Com.*,2(1): 50-5. Jequié.

Bertalanffy, L. (1977). *Teoria Geral dos Sistemas* (3ª ed.). Rio de Janeiro: Vozes.

Brasil. (2006). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE. *Projeção da população no Brasil*. Recuperado em 26 fevereiro, 2011, de <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=207>.

Brasil. (2008). Ministério da Saúde. *Portaria GM Nº 154*. Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Recuperado em 12 fevereiro, 2011, de<<http://www.saude.sc.gov.br/PSF/PORTARIAS/Portaria%20NASF.doc>>.

Brasil. (2010). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE. *Censo*. Recuperado em 25 fevereiro, 2011, de

<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=207.

Decesaro, M.N. & Ferraz, C.A. (2009). Desvendando o senso do limite de familiares que convivem com pessoa dependente de cuidados físicos. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet], 11(1), 23-31.

Durães, A.M. (2010). *Fisioterapia no contexto domiciliar - Desvelando suas contribuições ao indivíduo e família no Município de Jequié-BA*. Monografia de graduação em fisioterapia. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié (BA).

Elsen, I. (2004). Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: Elsen, I; Marcon, S.S; Silva, M.R.S. *O viver em família e sua interface com a saúde e a doença*. (2ª ed.). Maringá: Eduem:19-28.

Fabrcio, S.C.C.; Wehbe, G.; Nassur, F.B.& Andrade, J.I. (2004, set-out.). Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista. *Rev Latino-Am Enfermagem*, Ribeirão Preto, 12(5), 721-6.

Hoffmann, A.; Karkotli, A.P.B.; Dias, S.L.A.& Paes, Z.P. (2005, jan-abr.). A teoria do desenvolvimento da família: buscando a convergência entre a teoria e a prática no cotidiano dos profissionais de saúde. *Fam. Saúde Desenv.*, 7(1): 75-88. Curitiba,

Koga, M.; Furegato, A.R. (2002). Convivência com a pessoa esquizofrênica: sobrecarga familiar. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Maringá, 1(1): 75-9.

Lebrão, M.L. (2007). O envelhecimento no Brasil: aspectos de transição demográfica e epidemiológica. *Saúde Coletiva*, Barueri, 4(17), 135-140.

Liberato, E.M.; Santos, D.M.S. & Costa, L.C. (2008). Convivência familiar na velhice. *Revista UniVap*, 15(27). São José dos Campos,

Lopes, L.M.P. (2007, jan-jun.). Necessidades e estratégias na dependência: uma visão da família. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(1): 39-46. Lisboa.

Maciel, R.V.; Silva, P.T.G.; Sampaio, R.F. & Drummond, A.F. (2005, jan-jun.). Teoria, Prática e Realidade Social: uma perspectiva integrada para o ensino e fisioterapia. *Revista Fisioterapia em Movimento*, 18(1): 11-7.

Martins, L.A. (2005, fevereiro). A exclusão social do Idoso Institucionalizado. *Revista A Terceira Idade*. 16(32): 68-77. SESC São Paulo.

Mazza, M.M.P.R & Lefèvre, F. (2005, abril). Cuidar em família: análise da representação social da relação do cuidador familiar com o idoso. *Rev. Bras. Cresc. Desenv. Hum.*, 15(1): 01-10. São Paulo.

Montezuma, C.A; Freitas M.C. & Monteiro, A.R.M. (2008). A família e o cuidado ao idoso dependente: estudo de caso. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 10(2): 395-404.

Morin, E. (1997). *O método. A natureza da natureza*, (3ª ed.). Lisboa, Portugal: Publicações Europa-América.

Paiva, S.O.C.; Carvalho, E.M.F. & Lun, C.F. (2007, dezembro). A velhice não contemplada: invisibilidade das demandas sociais da pessoa idosa em Fernando de Noronha – Nordeste do Brasil. *Revista Kairós*, 10(2), 91-105. São Paulo.

Pereira, R.J.; Cotta, R.M.M.; Franceschin, S.C.C.; Ribeiro, R.C.L.; Sampaio, F.R. & Priore, S.E. & Cecon, P.R. (2006, jan-abr.). Contribuição dos domínios físico, social,

psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idoso. *ver. Psiquiatria*. 28(1): 27-38. Rio Grande do Sul.

Queiroz, Z.P.V.; Ruiz, C.R. & Ferreira, V.M. (2009, janeiro). Reflexões sobre o envelhecimento humano e o futuro. *Revista Kairós*, 12(1). São Paulo.

Redante, D.; Backes, D.; Schwartz, E.; Zielke, K.C.R. & Lago, S.M. (2005, mai-ago.) Cuidando o idoso e a família. *Fam. Saúde Desenv.*, 2(2): 158-63. Curitiba.

Resta, D. G. & Motta, M.G.C. (2005). Família em situação de risco e sua inserção no programa de saúde da família: uma reflexão necessária à prática profissional. *Texto Contexto Enferm.*, 14, 109-15. Florianópolis.

Santos, C.C.O. & Pereira, K.K.Y. (2005). *A saúde bucal na estratégia no Programa Família Saudável: uma experiência na unidade de saúde da radional*. Monografia de graduação em odontologia]. UFPA, Pará.

Schneider, R.H. & Irigaray, T.Q. (2008, out-dez.). O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Revista Estudos da Psicologia*, 4(25), 585-93. Campinas.

Silva, D.J. & Ros, M.A. (2007). Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação. *Ciênc. saúde coletiva*, 12(6). Rio de Janeiro.

Silva, L.W.S.; Silva, D.S.; Gonçalves, L.H.T. & Costa, M.A.S.M. (2008, nov-dez.). Família uma unidade de cuidado para seus membros: inquietações reflexivas. *Revista SERVIR*, 56(5). Lisboa.

Thober, E.; Creutzberg, M. & Viegas, K. (2005). Nível de dependência de idosos e cuidados no âmbito domiciliar. *Rev. Bras. Enferm.*, 58(4), 438-43. Brasília.

Torres, G.V.; Reis, L. A.; Reis, L.A.; Fernandes, M.H.; Alves, G.S.; Sampaio, L.S. & Mascarenhas, C.H.M. (2009, dezembro). Funcionalidade familiar de idosos dependentes residentes em domicílios. *Aval. psicol.* 8(3). Itatiba.

Vilaça, C.M.; Barreiros, D.S.; Galli, F.A; Borçari, I.T; Andrade, L.F.; Goulart, M.A.; Conceição, C.L. & Carneiro, M.L.M. (2005). O autocuidado de cuidadores informais em domicílio-percepção de acadêmicos de enfermagem. *Rev. Bras. Enferm*, 7, (2), 221-6. Brasília.

Waidman, M.A.P.; Moreira, R.C.; Scardoelli, M.G.C.; Baseggio, R.C. & Sales, C.A. (2009, jan-mar.). Concepções de cuidado dos familiares cuidadores de pessoas com Diabetes Mellitus. *Rev. Min. Enferm.*, 13(1): 43-48. Belo Horizonte.

Zem-Mascarenhas, S.H. & Barros, A.C.T. (2009). O cuidado no domicílio: a visão da pessoa dependente e do cuidador. *Rev. Bras. Enferm*, 11(1): 45-54. Brasília.

*Estudo oriundo de dissertação de mestrado. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde - UESB. Linha de Pesquisa: Família em seu ciclo Vital.

Recebido em 26/04/2011

Aceito em 26/05/2011

Tatiane Dias Casimiro Valença - Professora Auxiliar do Curso de Fisioterapia. Docente do Departamento de Saúde/UESB. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde PPGES-UESB. Linha de Pesquisa: Família em seu ciclo vital. Membro do Projeto de pesquisa e extensão Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Extensão em Cuidados à Saúde da Família em Convivibilidade com Doenças Crônicas – NIEFAM/UESB.

Luzia Wilma Santana da Silva - Professora Adjunta do Curso de Enfermagem. Doutora em Enfermagem PEN/UFSC. Docente do DS/UESB e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde PPGES-UESB. Líder do Grupo Interdisciplinar de Estudos em Ciências da Saúde e Sociedade. Linha de Pesquisa: Família em seu ciclo vital. Coordenadora do Projeto de pesquisa e extensão NIEFAM. (Orientadora).
E-mail: luziawilma@yahoo.com.br